



# Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry

Alain Epelboin

## ► To cite this version:

Alain Epelboin. Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry.  
[Rapport de recherche] OMS. 2014, pp.34. hal-01090291

**HAL Id: hal-01090291**

**<https://hal.science/hal-01090291>**

Submitted on 3 Dec 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry

Alain Epelboin,  
médecin anthropologue CNRS-MNHN Paris  
epelboin@mnhn.fr

République de Guinée  
Tiroin - Joster - et al.

ENGAGEMENT

Je soussigné *[signature]*  
époux de *[signature]* âgé de 40 ans,  
Citoyen résidant à *[signature]*, district de *[signature]*  
Yamou, C.R. Fongomador, j'affirme que malgré  
amples sensibilisations assurées par le chef de  
canton de santé de Fongomador avec appui des  
autorités locales, je déclare que ma femme *[signature]*  
Mlle *[signature]* ne souffre pas de cette maladie et  
donc je refuse son transfert pour la priver  
en charge à Gueckedou.

En foi de quoi je délivre cette  
attestation pour servir et valoir ce qui de droit  
Fait à *[signature]* le 08/04/2014

L'intéressé  
*[signature]*

Tiroin  
Joster  
Fongomador



**Ebola en Guinée, avril 2014 : marché de Gueckedou**  
Prises électriques multiples artisanales, vendues sur les marchés.  
Illustrant l'intensité de l'emploi jusque dans des villages reculés de  
téléphones aux multiples fonctions et usages sociaux (SMS, photos,  
vidéos, musique...), notamment lors des événements familiaux, des  
hospitalisations et des rituels funéraires.  
Ils jouent un rôle essentiel dans les annonces de maladie et de décès,  
permettant les déplacements immédiats de la parenté habitant à  
distance et favorisant la multiplication des contacts physiques avec  
le malade ou le cadavre.  
Ils sont aussi des outils essentiels dans la contrôle de l'épidémie, la  
sensibilisation, mais aussi la diffusion de faux messages et de  
rumeurs négationnistes. (photo Alain Epelboin)



**Ebola en Guinée, mars-avril 2014, station d'essence, Conakry**  
Les enquêtes épidémiologiques confirment la fréquence des recours  
aux recommandations, diagnostics et remèdes des autorités familiales,  
notamment des cousins à plaisanterie, des phytothérapeutes, des devins-  
guérisseurs, des traditionnels, des marabouts, des chefs de culte.  
(photo Alain Epelboin)



**Ebola en Guinée Conakry, avril 2014, mensuel Le Peuple.**  
Publicité pour un guérisseur traditionnel prétendant détenir un  
remède préventif contre Ebola.  
Comme pour toutes les maladies émergentes, certains traditionnels  
s'expriment incertains, d'autres par glissements homologiques avec  
des maladies présentant des symptômes comparables, prétendent  
soigner et/ou guérir la maladie, la leish, le Ebola.  
D'autres pensent pouvoir faire cesser l'épidémie si la cause du  
malheur est réparée, à savoir adopter des comportements conformes  
aux prescriptions et interdits traditionnels et religieux, neutraliser les  
sorcières, effectuer les sacrifices réparateurs auprès des instances  
surnaturelles, les ancêtres et les génies. (photo Alain Epelboin)



**Ebola en Guinée, avril 2014 : morgue de l'hôpital de Gueckedou**  
Corps de malades décédés à l'hôpital sécurisé par MSF (transportés  
sans témoins familiaux à la morgue, de l'hôpital de Gueckedou, sans  
prise en charge de l'enterrement.  
C'est un exemple parmi d'autres de dysfonctionnements, notamment  
la non visualisation du cadavre par la famille, l'absence de véhicule  
de transport des endeuillés dans les convois funéraires.  
Les absences de transparence et les dédicés d'humanité font le lit  
des propagateurs de rumeurs de vols de sang, d'organes ou de  
cadavres et mettent le feu à la poudrière sociale. (photo Alain Epelboin)

<b>Introduction .....</b>	<b>14</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>14</b>
<b>Déroulement de la mission .....</b>	<b>15</b>
Lieux, personnes, populations étudiés .....	16
<b>Résultats .....</b>	<b>16</b>
Données historiques, géographiques, linguistiques, politiques, économiques .....	16
<i>Résumé de la situation .....</i>	<i>18</i>
Ecoanthropologie du virus et de l'épidémie .....	19
Enterrements sécurisés .....	20
<b>Discussion .....</b>	<b>23</b>
<b>Recommandations .....</b>	<b>27</b>
Anticiper, gérer les crises .....	30
Bibliographie .....	31
<i>Ecrits anthropologiques relatifs aux populations forestières .....</i>	<i>31</i>
<i>Ecrits FHV .....</i>	<i>31</i>
<i>Vidéo FHV .....</i>	<i>32</i>
<b>TERMS OF REFERENCE MEDICAL ANTHROPOLOGY EBOLA OUTBREAK RESPONSE .....</b>	<b>34</b>



**GUECKEDOU**  
**LISTE DES COMMANDANTS DE CERCLE**

N°	NOMS	GRADE	ARRIVEE	DEPART	OBSERVATIONS
1	DULOME	LIEUTENANT	OCT. 1904	1908	SECTEUR NIBBI
2	LE COTTE	CAPITAINE	1909	1910	
3	GUONNI	CAPITAINE	1910	1911	
4	BOUYER	CAPITAINE	1911	1912	
5	COTTE	CAPITAINE	1912	1912	
6	BANALIER	CAPITAINE	1912	1914	
7	SALVAGNAC	LIEUTENANT	1914	1915	CERCLE
8	LAMBIN	ADMINIST. EN CHEF	FEV. 1915	JUIN 1918	
9	GILBERT	CAPITAINE	1-6-1918	JANV. 1920	
10	JEANNIN	LIEUTENANT	5-1-1920	1-2-1921	
11	BOUSQUET	CAPITAINE	1-2-1921	JUIL. 1922	
12	LANDOUZY	S/LIEUTENANT	JUIL. 1922	30-8-1922	
13	LESBERTOUR	ADMINIST. 3 <sup>ème</sup> CL.	30-8-1922	15-2-1924	
14	ITIER	ADMINIST. 3 <sup>ème</sup> CL.	15-2-1924	JANV. 1925	
15	FRUCHARD	ADMINIST. 1 <sup>ère</sup> CL.	3 JANV. 1925	MARS 1929	
16	BOISSIER PAULIN	ADM. 2 <sup>ème</sup> CL.	MARS 1929	1929	
17	FRUCHARD	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	MARS 1929	MARS 1930	
18	JEFFRE	ADM. 2 <sup>ème</sup> CL.	MARS 1930	20-11-1930	
19	GEPEON	COMMIS SER. P. 1 <sup>ère</sup> CL.	20-11-1930	21-2-1931	
20	TERRE	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	21-2-1931	FEV. 1933	
21	POSTEL	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	FEV. 1933	1934	SUBDIVISION
22	GERVAIZE	ADM. ADJOINT	1934	1936	
23	DECANTALAS	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	1936	1936	
24	DELAROBRI	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	1937	1938	
25	LE CHEVALIER	ADM. 3 <sup>ème</sup> CL.	1938	4-5-1940	
26	TOMASINI	ADM. 3 <sup>ème</sup> CL.	4-5-1940	JUIN 1941	CERCLE
27	CONSO	ADM. ADJOINT	16-6-1941	17-6-1943	SUBDIVISION
28	ORANGE	ADM. ADJOINT	17-6-1943	1943	DECEDE
29	BICHAT	ADM. ADJOINT	1943	1945	
30	QUOT	ADM. ADJOINT	31-10-1945	1946	
31	CRAS	COMMIS SER. P. 1 <sup>ère</sup> CL.	1946	1947	
32	COUGARD	ADM. ADJOINT	1947	1947	
33	GATIN	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	1947	1948	
34	DUCLOS	ADM. EN CHEF	NOV. 1948	10-4-1951	
35	ROBERT	ADM. EN CHEF	10-4-1951	24-7-1952	
36	DE LORRAINE	ADM. EN CHEF	4-8-1952	17-10-1952	
37	BAYOL	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	17-10-1952	6-1-1954	
38	VAN KEMPE	ADM. 3 <sup>ème</sup> CL.	6-1-1954	2-2-1955	
39	ALLEMAN	ADM. 3 <sup>ème</sup> CL.	2-2-1955	30-3-1956	
40	MOREL	CH. DE CERCLE	DE KISSIDOU	INTERIM PAULEMAN DECEDE	
41	PETON	ADM. 3 <sup>ème</sup> CL.	1-6-1955	26-9-1955	
42	LANTIER	ADM. EN CHEF	26-9-1955	15-1-1957	
43	BARBOTTEU	ADM. 1 <sup>ère</sup> CL.	25-1-1957	24-3-1958	
44	MUGNIER POLIT	ATTACHE/T.O.M	25-3-1958	16-10-1958	

**2<sup>ème</sup> REPUBLIQUE**  
**LISTE DES PREFETS**  
**PREFECTURE DE GUECKEDOU**

N°	PRENOMS & NOM	PROFESSION	ARRIVEE	DEPART	OBSERV.
1	THIERNO CONTE	CAPITAINE	5-4-44	18-4-50	
2	SEKOU KONATE	COM. DE POLICE	24-4-50	31-12-54	
3	ABDOURAHMANE KABA	CHEF BATAILLON	2-1-55	4-7-55	
4	MAMADOU GURY BARRY	ADMINISTR.	3-7-55	20-11-55	
5	ANSOU KAMANO	COM. DE POLICE	21-11-55	24-6-56	
6	ANTOINE FAYA	C. DES DOUANES	24-6-56	12-3-58	
7	RENE BAYO	C. DE POLICE	12-3-58	1-5-51	
8	CECE CELESTIN BALAMOU	CET G.N	8-5-51	30-8-54	
9	LAVILLE BEAVOGUI	CET DE POLICE	1-9-54	26-1-56	
10	SAMBA FRATERNA BARRY	ADMINISTR. C.	28-1-56	20-12-56	
11	ALPHA OUMAR GUISSE DIALLO	ADMINISTR. C.	20-12-56	21-7-58	
12	MAMADOUBA TOUNKARA	ADMINISTR. C.	21-7-58	26-1-59	
13	OUSMANE SYLLA	CET DE G.N	26-1-59	18-7-2007	
14	BOUKARY KEITA	CET A. DE T.	18-7-2007		

**REGION ADMINISTRATIVE DE GUECKEDOU**  
**LISTE DES GOUVERNEURS**  
**1<sup>ère</sup> REPUBLIQUE**

N°	PRENOMS & NOM	ARRIVEE	DEPART	OBSERV.
1	TOUMANY SANGARE	17-10-1958	11-11-1964	
2	SORY CONDE	12-11-1964	7-4-1966	
3	LAMINY CONDE	8-4-1966	4-5-1967	
4	EL HADJ BALLA CAMARA	5-5-1967	9-2-1968	
5	SIDIKI KOULIBALY	10-2-1968	10-2-1969	
6	MAMADOU LAMINE KABA	12-2-1969	8-7-1971	
7	ZAKARIAOU TOURE	29-1-1971	13-6-1972	
8	FACINET BANGOURA	15-6-1972	21-12-1972	
9	LAMA DORE	25-12-1972	25-10-1973	
10	MAMOUROU TOURE	25-10-1973	26-1-1981	
11	ANSOUMANE CONDE	26-1-1981	31-5-1981	
12	MAMADI SANASSI KEITA	1-6-1981	27-4-1984	

**3<sup>ème</sup> REPUBLIQUE**  
**LISTE DES PREFETS**  
**PREFECTURE DE GUECKEDOU**

N°	PRENOMS & NOM	GRADE	ARRIVEE	DEPART	OBSERVATION
1	EL-BOUKARY KEITA	COLONEL	21 mars 2011	18/01/2013	
2	EL-Mohamed Y. KEITA	Ad-Civil	18/01/2013		



**Ébola en Guinée, avril 2014**  
**salle de conférence de la**  
**Préfecture de Gueckédou**

Les panneaux d'époque, disposés face au public, rappellent les noms des chefs de cercle, de gouverneurs et de préfets en exercice de 1908 à 2014. Ce respect de la mémoire d'un passé douloureux, notamment colonial, contraste avec la fréquence des rumeurs accusant les «Blancs» de complots, de volonte génocidaire et d'enrichissement.





### Ébola en Guinée-Conakry, avril 2014

Dessin de Slim paru dans le journal *Le Continent* du 28 avril 2014 soulignant les lenteurs de la progression du développement de la Guinée et le poids du passé depuis l'indépendance en 1958. (photo Alain Epelboin)



**Ébola en Guinée, avril 2014 : bureaux de l'OMS Conakry**  
Contraste entre la manne financière déclenchée par l'épidémie et le cours du Franc guinéen, image emblématique de la situation économique du pays (photo Alain Epelboin)



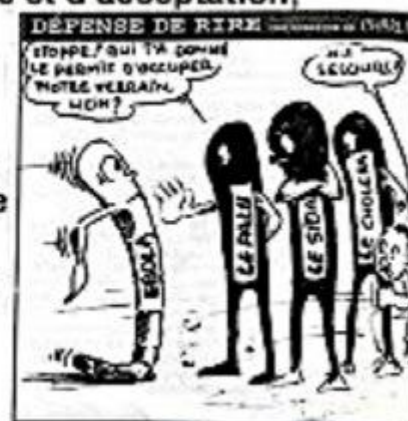


## Ebola en Guinée Conakry, avril 2014

Les organisations internationales, les ONG humanitaires, avec leurs qualités et leurs défauts, sont fortement présentes en Guinée forestière, notamment depuis une vingtaine d'années, en rapport avec les déplacements de populations liés aux guerres des pays limitrophes. La durée de ces implantations contraste avec le peu de confiance accordé durant l'épidémie à MSF en premier, mais aussi aux autres acteurs nationaux et internationaux de la réponse à l'épidémie. Les slogans des panneaux d'éducation sanitaire, érigés dans les villages donnent une fausse image de réussite et d'acceptation, contrastant avec la médiocrité du système sanitaire et le ressenti des plus concernés, les pauvres et les chômeurs.

Les "jeunes" (et les moins jeunes) agitateurs (trices) d'opinion n'ont alors aucun mal à faire passer les acteurs de la réponse pour des mercenaires d'un ordre mondial, soucieux de son propre enrichissement, y compris en les accusant de propager eux-même le virus.

(photos Alain Epelboin)







### **Ebola en Guinée, avril 2014 : marché de Gueckédou**

Prises électriques multiples artisanales, vendues sur les marchés, illustrant l'intensité de l'emploi jusque dans des villages reculés de téléphones aux multiples fonctions et usages sociaux (SMS, photos, vidéos, musique...), notamment lors des événements familiaux, des hospitalisations et des rituels funéraires.

Ils jouent un rôle essentiel dans les annonces de maladie et de décès, permettant les déplacements immédiats de la parentèle habitant à distance et favorisant la multiplication des contacts physiques avec le malade ou le cadavre.

Ils sont aussi des outils essentiels dans la contrôle de l'épidémie, la sensibilisation, mais aussi la diffusion de faux messages et de rumeurs négationnistes. (photos Alain Epelboin)





## Ébola en Guinée, mars-avril 2014, station d'essence, Conakry

Les enquêtes épidémiologiques confirment la fréquence des recours aux recommandations, diagnostics et remèdes des autorités familiales, notamment des cousins à plaisanterie, des phytothérapeutes, des devins-guérisseurs, des tradipraticiens, des marabouts, des chefs de culte.

(photo Alain Epelboin)



**SIMBO KABAKO**

**LAYE KABAKO**  
Guérisseur traditionnel

**INCROYABLE MAIS VRAI**

Voir vaut mieux que  
d'entendre parler du VACLAK

**L'INITIATEUR  
D'UN VACCIN  
TRADITIONNEL  
ORIGINAL  
CONTRE EBOLA !**

**CONTACTS: (+224) 622 54 88 94 - 662 28 89 85 - 655 98 94 02**

**UNE SOLUTION POUR ENTER EBOLA !**

Un détail de taille sur la page 6

## Ébola en Guinée Conakry, avril 2014, mensuel Le Peuple.

Publicité pour un «guérisseur traditionnel prétendant détenir un remède préventif contre Ébola.

Comme pour toutes les maladies émergentes, certains tradipraticiens s'estiment incompetents, d'autres par glissements homologiques avec des maladies présentant des symptômes «comparables», prétendent soigner et/ou guérir la maladie, là le sida, ici Ebola.

D'autres pensent pouvoir faire cesser l'épidémie si la cause du malheur est réparée, à savoir adopter des comportements conformes aux prescriptions et interdits traditionnels et religieux, neutraliser les sorciers, effectuer les sacrifices réparateurs auprès des instances tutélaires, les ancêtres et les génies. (photo Alain Epelboin)



Laye KABAKO

## UNE SOLUTION TRADITIONNELLE ORIGINALE CONTRE EBOLA I

Avec le grand guérisseur pragmatique, Laye Kabako "Simbo", ce sont les feuilles de plantes médicinales qui quittent la brousse comme par automatisme ou par enchantement pour le retrouver en face de vous qui êtes le patient pour vous guérir de votre mal. Avec lui, vous ne prendrez jamais votre mal en patience et cela constitue vraiment un miracle parmi tant de miracles à son actif pour vous guérir.

C'est incroyable mais vrai, Monsieur Laye Kabako, de par son expérience pour guérir les malades de toutes sortes de maux presque avec des plantes médicinales dont il a le secret pour aider à immuniser toute personne qui sollicite ses services contre la terrible maladie qu'est la fièvre hémorragique Ebola. Une fois consulté, et après lui avoir expliqué de quoi vous souffrez, comme par enchantement ou miracle, ce sont des feuilles de plantes médicinales appropriées qui surgiront à vos yeux pour soulager votre mal ou vos maux, parce qu'il est là pour guérir tous les maux. C'est la médecine traditionnelle, un tradithérapeute ; il a l'art de faire de ces feuilles sélectionnées



une décoction à débarrassent traitements de s'empresment  
ingurgiter pour de toutes Laye Kabako pour le  
apprécier la s o r t e s "Simbo", se consulter. Il a  
qualité du d'infections ou un don inné en une fois pour  
re m è d e de microbes commentaire, tant que toute contre le  
approprié à (Ténias, tellement son guérisseur. Ce virus de la fièvre  
votre mal. Ceci savoir est savant en hémorragique  
dit qu'avec même autres exceptionnel médecine qui sème la  
Ces décoctions sortes de virus. quant à guérir traditionnelle t e r r e u r  
v o u s Tous les les malades qui excelle dans aujourd'hui en

l'art de guérir plusieurs maux, expert, il l'est dans le sens de la combinaison, de la compilation, dans le mélange des plantes et feuilles de la brousse pour vous guérir des maux qui vous empêchent de dormir ou qui vous rongent. Et c'est pourquoi, contre Ebola, lui, son v a c c i n traditionnel original est déjà disponible comme une potion magique, en utilisant les extraits de sa décoction, vous serez immunisé une fois pour toute contre le virus de la fièvre hémorragique qui sème la t e r r e u r aujourd'hui en endeuillant des familles, c'est-à-dire le peuple de Guinée. Avec Laye Kabako, n'hésitez pas un seul instant de le consulter. Il est la solution !



**LAYE KABAKO**  
Guérisseur traditionnel

**INCROYABLE MAIS VRAI**

Voir vaut mieux que  
d'entendre parler du VACCAK

CONTACTS: (+224) 622 54 88 94 - 662 26 89 65 - 655 98 94 02

**UNE SOLUTION POUR ENTER EBOLA I**

**L'INITIATEUR  
D'UN VACCIN  
TRADITIONNEL  
ORIGINAL  
CONTRE EBOLA I**





### **Ébola en Guinée, avril 2014 : morgue de l'hôpital de Guéckédou**

**Corps de malades décédés à l'hôpital sécurisé par MSF jtransportés sans témoins familiaux à la morgue, de l'hôpital de Guéckédou, sans prise en charge de l'enterrement.**

**C'est un exemple parmi d'autres de dysfonctionnements, notamment la non visualisation du cadavre par la famille, l'absence de véhicule de transport des endeuillés dans les convois funéraires,**

**Les absences de transparence et les dédicits d'humanité font le lit des propagateurs de rumeurs de vols de sang, d'organes ou de cadavres et mettent le feu à la poudrière sociale. (photo Alain Epelboin)**

ARS Nizerekore  
 OPS Gueckedou  
 CS Fangamador

République de Guinée  
 Travail - Justice - Solidarité

## ENGAGEMENT

Je soussigné ~~F. B. M.~~ ~~1. [illegible]~~  
 époux de ~~[illegible]~~ âgée de 40 ans,  
 Citoyen résidant à Mighador, district de Yengouema  
 Yombou, CR Fangamador, j'affirme que malgré  
 angles sensibilisations assurées par le chef de  
 centre de santé de Fangamador avec appui des  
 autorités locales, je déclare que ma femme Teura  
 Millimouuo ne souffre pas de cette maladie Ebola  
 donc je refuse son transfert pour la prise  
 en charge à Gueckedou.

En foi de quoi je délivre cette  
 attestation pour servir et valoir ce qui de droit

Fait à ~~Fangamador~~ le 08/04/2014

L'intéressé

Terrin  
 Président du district  
 Terrin  
 Chef secteur

Fays Badio M.

Fays Fels Ramou





### **Ébola en Guinée Conakry, avril 2014, savonnerie à Guéckédou**

**Fabrique artisanale de savon à partir d'huile de palme et de soude industrielle, dirigée par une femme.**

**La valorisation de ces savons dans la lutte contre la propagation du virus Ébola est utile, d'une part en raison du manque de disponibilité et des erreurs d'emploi de l'eau de Javel et d'autre part pour favoriser les entreprises locale, féminines de surcroît.**

**Par ailleurs, dans des sociétés où les salutations et les présentations de condoléances sont marquées par des dons cérémoniels de noix de kola, le remplacement de celles ci par des savons (blancs ou noir en nombre fini, 7, 10, 77, 777...) rencontre l'approbation des traditionalistes, des Musulmans et des Chrétiens. Il est pertinent, du point de vue hygiénique antivirale, religieux en tant qu'aumône et sociologique en tant qu'activateur du tissu social. (photo Alain Epelboin)**



**Ébola en Guinée Conakry, avril 2014, hôpital sécurisé de Guéckédou.**

Les enquêtes-actions anthropologiques sont basées sur l'observation participante des «soignants» et des «soignés», des entretiens, des formations et des conseils en situation.

Le portage de tenues de protection individuelle avec un masque gênant la respiration, provoque une déshydratation intense avec hypoglycémie et une asthénie qu'un simple morceau de sucre, associé à une réhydratation suffit à faire disparaître. Il n'est pas prévu dans les protocoles.

La photo présente le psychologue de MSF Suisse, épuisé au sortir du sas de déshabillage qui brandit le bonbon «salvateur» remis immédiatement remis par l'anthropologue.

C'est l'attention à de nombreux «petits» détails qui permet une amélioration de l'hospitalité aussi bien des soignés que des soignants.

(photo Alain Epelboin)



## Introduction

Selon les enseignements des précédentes épidémies, l'anthropologie médicale contribue au succès des opérations de lutte contre l'épidémie dans plusieurs domaines :

- améliorer la connaissance des chaînes de transmission de la maladie ;
- identifier les comportements des populations locales dans leur diversité psychologique, sociale et culturelle et proposer des interventions appropriées ;
- faire face aux rumeurs et terreurs provoquées par les épidémies d'Ebola et de Marburg;
- humaniser les interventions, trouver un équilibre entre la mise en place autoritaire des mesures sanitaires et des approches empathiques. (Epelboin A., Odugleh-Kolev A., Formenty P.,2012)

Elle apporte son concours à :

- l'analyse de rumeurs et de situations de crise ;
- l'adaptation des réponses et des protocoles des différentes institutions nationales et internationales aux conditions locales, en privilégiant les approches compréhensives et participatives.

## Méthodologie

Ethnologue, médecin, vidéographe, je suis spécialisé dans les domaines de l'anthropologie du corps, de la santé, de la maladie, du malheur et du « guérissage ». Ma démarche théorique est anthropologique et multidisciplinaire (anthropologie sociale et culturelle, écoanthropologie, histoire, psychologie clinique et sociale, éthologie,...), marquée par des allers et retours incessants entre les ethnosciences (ethnolinguistique, ethnomédecine, ethnobotanique, ethnozoologie, ethnopharmacologie, ethnoécologie, ethnomusicologie, etc.) et les sciences biomédicales (clinique, épidémiologie, biologie humaine, santé publique, etc.).

L'art de l'anthropologue, c'est la combinaison de facultés d'observation, d'écoute, d'analyse et d'intuition qui autorisent une intelligence immédiate du sens et de la portée, aussi bien d'une scène triviale du théâtre de la vie quotidienne (techniques et soins du corps, usages de l'eau, alimentation, traitement des déchets humains et animaux, des eaux usées et des ordures...) que de rituels complexes, y compris ceux mis en place dans la gestion de corps, d'espaces et de déchets supposés contaminés par un virus mortel.

À défaut de parler et de comprendre les langues locales, il faut étudier et comprendre les variantes dialectales locales du français, former les traducteurs à une rigueur à laquelle ils ne sont pas habitués, effectuer des allers et retours aux termes de référence des langues locales, notamment à propos de l'hygiène, de la contamination, de la souillure, des sémiologies et des nosologies ethnomédicales locales, de la traduction des messages d'éducation sanitaire.

Les modes autochtones de communication non verbale, discours gestuels, attitudes posturales, usages du regard et de la proxémie corporelle, la mise en scène des corps notamment lors des réunions formelles sont des compléments indispensables à l'approche linguistique, mais aussi aux décryptages psychologiques.

L'observation en tout lieu des traces et des restes, des déchets humains et animaux, des ordures, c'est-à-dire une "archéologie du temps présent", une « ethnocriminologie », permet de faire vivre un espace indépendamment de la présence de ses acteurs, de reconstituer des événements passés.

Les informations ainsi recueillies sont croisées avec les résultats des observations flottantes et participantes, de l'accompagnement « empathique » de la reconstitution des itinéraires diagnostiques et thérapeutiques et des processus de guérissage mis en œuvre, du recueil des propos spontanés ou obtenus lors d'entretiens en situation. Du corps biologique au corps social, des savoirs communs aux savoirs savants, de la campagne à la ville, de la maison à l'hôpital, il s'agit de comprendre comment un événement, biologique ou non, est traité, placé ou non dans une séquence du malheur, associant divers événements frappant l'individu et/ou son corps social, de mettre à plat les modèles de causalité envisagés et les usages sociaux qui en sont fait.

À l'inverse et/ou de façon croisée, il s'agit d'utiliser un virus, une bactérie ou un parasite, comme un objet maussien : un marqueur des parcours physiques, temporels et sociaux des individus ; un indicateur des usages matériels et symboliques des micro et macro écosystèmes appréhendés par un individu et sa (ses) société ; des révélateurs des relations mises en place entre l'individu, la société et un environnement, à la fois écologique et fantasmagorique.

Au total, l'approche anthropologique aboutit sur des recommandations précises formulées et appliquées immédiatement sur le terrain et retransmises ensuite lors des réunions de coordination de la lutte.

Un des aspects originaux de cette contribution, au delà de la traduction psychoculturelle en simultané, c'est en certain temps la réalisation et la diffusion in situ de vidéos ethnographiques, s'ajoutant aux vidéos des antérieures, assurant à la fois la formation des personnels et la mise à disposition des autorités de matériaux immédiatement utilisables pour la mobilisation et la sensibilisation sociale.

## Déroulement de la mission

La mission s'est déroulée du 26 mars au 28 avril, soit 25 jours à Guéckédou et 4 jours au retour à Conakry.

Elle a été précédée par une veille internet initiée dès la première alerte internet sur des cas suspects le 14 mars et déclarée par l'OMS le 21 mars 2014 et poursuivie après la mission jusqu'à ce jour.

Elle a permis de recueillir des photos-satellites, des cartes, des données historiques, géographiques, linguistiques, politiques économiques, ainsi que les réactions nationales et internationales, les rumeurs, des représentations de la maladie

Ces documents sont venus s'ajouter à ceux de la base multimédia Ebola et Marburg déjà constituée lors des précédentes épidémies, articles et textes scientifiques de référence, photos, dessins et écrits didactiques, films.

Le réseau anthropologique a été réactivé et a permis de mobiliser Serge Bahuchet, Julienne Anoko, Vincent Verroust.

Dès l'arrivée sur le terrain, les documents axés sur l'humanisation de la réponse et la prise en compte des facteurs locaux de la base multimédia ont été copiés sur les centaines d'ordinateurs ou de clés USB des institutions et des membres de la réponse internationale de lutte contre la FHVE à Conakry et à Gueckedou", à savoir des personnels médico sociaux locaux, préfectoraux, régionaux, nationaux et internationaux mais aussi auprès des représentants de la société civile, associatifs, religieux, presse...

Les documents les plus consultés étaient les vidéos à caractère ethnographique des précédentes épidémies (2003 au Congo, 2005 en Angola, 2007 et 2012 en RDC ) montrant l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital sécurisé, les enterrements



sécurisés, décrivant et analysant les rumeurs et réactions hostiles et proposant des réponses appropriées.

Cette diffusion de vidéos jusqu'auprès de la population a pour objectif de montrer ce qui se passe réellement dans les temps et les lieux réservés aux seuls spécialistes en tenue de protection individuelle, de lever les doutes quant à l'existence du virus ou la qualité des structures d'hospitalisation sécurisée, de mettre des images concrètes sur une réalité abstraite et terrifiante, de casser des rumeurs et des craintes non fondées quant à la qualité des soins prodigués aux vivants et aux morts.

#### Lieux, personnes, populations étudiés

- Les lieux publics, de Conakry à Guéckédou en particulier les marchés, les commerces, les cours des maisons, les aires de jetage d'ordures, les WC et les points d'approvisionnement en eau.

- les villages kissi et les quartiers de Gueckédou affectés par l'épidémie ont été enquêtés en accompagnant une quinzaine de fois des équipes, de MSF, de la Croix Rouge, de personnels médicosociaux locaux, de représentants de la société civile. Il s'agissait d'enquêtes épidémiologiques, de surveillance des contacts, de recherche de malades, de désinfection des maisons, de mise en sac mortuaires, d'enterrements, de sensibilisation-mobilisation sociale.

- le lieu dit « la trypano » qui rassemble les bureaux des autorités médicales locales, internationales, des magasins et « l'hôpital sécurisé » par MSF Suisse. Celui-ci a été l'objet d'un suivi approfondi, avec une présence pluriquotidienne, mêlant observations, écoute, entretiens et conseils en situation. Elle s'est intensifiée avec l'arrivée d'un enfant de 12 mois PCR+ à pronostic médiocre et de sa garde-malade PCR-, notamment durant les deux premières nuits d'accompagnement des équipes d'infirmiers, d'hygiénistes, de gardiens de garde, jouant un rôle de « garde-malade » et de stimulateur de la prise en charge psychosociale de la garde-malade et de l'enfant.

En ce qui concerne l'espace d'hospitalisation « dit à haut risque » que les recommandations actuelles interdisent de nommer « isolement », trois visites de 30 à 45 minutes en tenue de protection individuelle ont été réalisées, dont deux avec caméra vidéo (Epelboin 2014).

- l'hôpital sécurisé de Conakry a été l'objet de visites prolongées durant deux jours, permettant de constater les différences et les similitudes avec celui de Guéckédou.

- les réunions quotidiennes du comité de réponse à l'épidémie, régulièrement suivies étaient les lieux d'acquisition et de transmission des informations quotidiennes, notamment quant aux difficultés rencontrées par les équipes de terrain. Elles ont été des lieux d'observation et de décryptage des discours et des jeux de rôle, individuels, institutionnels et hiérarchiques. A chaque réunion un temps de parole était systématiquement accordé par le président de séance pour les analyses et recommandations anthropologiques du jour.

## Résultats

#### Données historiques, géographiques, linguistiques, politiques, économiques

L'histoire du pays est marquée par la résistance à la colonisation menée par l'almamy Samory Touré, la période coloniale de 1893 à 1952, l'indépendance et la première République de 1952 à 1984 sous la direction rapidement devenue dictatoriale de Ahmed Sékou Touré, le « nationaliste intransigeant » et panafricaniste, arrière-petit-fils de Samory Touré, la deuxième République de 1984 à

2010 sous la direction devenue dictatoriale de Lansana Conté, la troisième République depuis 2010 sous la présidence du Professeur Alpha Conde.

La région concernée au départ par l'épidémie est limitrophe du Libéria, de la Sierra Leone et de la Côte d'Ivoire, avec des populations minoritaires communes dites forestières (Kissi(Kissidougou et Gueckédou), Toma(Macenta), Guerzé, Kpélé (N'Zérékoré), Kono, Kopo, Mano (Yomou), Kônô (Lola) Malinké, Konianké (Beyla)). Les échanges transfrontaliers sont intenses, que ce soit pour les échanges matrimoniaux, le commerce local et la participation aux condoléances et rituels funéraires, mais aussi le transit routier international des marchandises en provenance des ports atlantiques, à destination de Conakry et du Mali. L'histoire des migrations rurales a abouti à une dispersion des familles depuis le village originel jusque dans les quartiers des préfectures de la Guinée forestière, mais aussi des pays voisins, jusqu'aux capitales.

La Guinée forestière a été meurtrie par les guerres civiles du Libéria et de Sierra Leone et l'objet de combats destructeurs en 2000 et 20001 à Gueckédou et Macenta. A cette occasion, l'armée guinéenne a eu recours, notamment à Macenta à des volontaires qui ont ensuite été délaissés et n'ont pas été engagés dans l'armée, d'où de violentes rancoeurs. Gueckédou, était jusque là une ville en pleine extension avec un marché hebdomadaire florissant, sous-régional avec la participation de plusieurs pays (Sierra Leone, Liberia, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal et Nigeria).

Lors des manifestations contre la dictature de Lansana Comté, en 2007 le poste de police de Gueckedou fut pillé et brûlé. En décembre 2012 des manifestations de femme eurent lieu à Guéckédou pour protester contre les abus politiques du préfet malinké.

De violents incidents interethniques entre Guerzés et Koniankés musulmans ont eu lieu depuis 1991, dont les derniers à Nzerékoré ont fait une centaine de morts... Sans compter des affrontements entre éleveurs peuls et cultivateurs autochtones, dont les derniers en février 2014 dans la la sous-préfecture de Kassadou. <http://konakryexpress.wordpress.com/2013/07/27/guinee-des-violences-aux-causes-profondes/>.

*«Formant de 30 % à 35 % de la population, les Malinkés (Maninkas) et les «assimilés» constitueraient le groupe le plus important; ils seraient suivis de près par les Peuls et les Toucouleurs avec 30 %; viendraient ensuite les Soussous et «assimilés», puis les «forestiers» (ceux qui vivent dans la Guinée forestière), avec 18 %.»* Selon la même source, les Musulmans représentent 85% de la population : *« On compte 5 % de Guinéens adeptes des religions traditionnelles animistes et 4 % de chrétiens (dont 3 % de catholiques et 1 % de protestants évangéliques). »*

[http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/guinee\\_franco.htm](http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/guinee_franco.htm))

Les données ethnographiques sont rares et anciennes (Denise Paulme 1960). Chacun des lignages kissi a des interdits dits gbeo/gbera. Kissi de la région ont une religion traditionnelle basée sur le culte des ancêtres, mais aussi de génies. avec des lieux sacrés en kissi *funda tana,luando sola* (rochers, arbres et étangs), des lieux de cultes et d'initiation. Ils ont été aussi été christianisés, d'abord par les catholiques et plus récemment par diverses églises protestantes et chrétiennes avec des pratiques syncrétiques. L'islamisation est croissante et souvent prosélyte, notamment dans les villes et les classes sociales supérieures. Les forestiers sont traditionnellement des cultivateurs, principalement de riz inondé, sec, hatif, tardif, variétés anciennes et nouvelles), de café, de palmiers à huile, de kola... et aussi des chasseurs(Bidou 2009, Portères R 1956).



Comme pour toutes les maladies émergentes, certains tradipraticiens s'estiment incompetents, d'autres par glissement sémantique avec des maladies présentant des symptômes » comparables prétendent soigner et/ou guérir la maladie. La majorité disent pouvoir faire cesser l'épidémie si la cause du malheur est réparée, à savoir adopter des comportements conformes aux prescriptions religieuses, neutraliser les sorciers, respecter les interdits coutumiers, effectuer les sacrifices réparateurs auprès des instances tutélaires, les ancêtres et les génies

### Résumé de la situation

- une situation économique nationale médiocre et tout particulièrement celle des populations touchées, sur un fond de sous développement, de conflits politiques et interethniques, voire religieux, de poudrière sociale et de revendications non satisfaites, notamment celles des "jeunes" ;
- de petits villages dispersés sur le territoire, avec un quadrillage intense du territoire par des routes et pistes utilisables par les nombreuses motos et favorisant les quêtes diagnostiques et thérapeutiques, jusqu'à Conakry ; mais aussi divers véhicules dont des camions internationaux ;
- des pratiques autochtones de gestion des malades et des cadavres faisant le lit de l'épidémie ;
- des refus de suivi et d'hospitalisation liés à un intégrisme religieux ;
- d'intenses solidarités familiales, amicales et sociales vis-à-vis des parents malades et des défunts induisant une multiplication des sujets contacts non seulement corésidents, mais aussi dispersés dans l'espace géographique ; depuis les terroirs originels jusqu'aux capitales de la Guinée, du Libéria et de Sierra Leone, assurant l'hébergement et la prise en charge de parents malades, ainsi que des obligations de déplacements pour assister aux cérémonies familiales, en particulier les rituels funéraires ;
- une survenue dans une région traversée par des routes nationales et internationales menant des ports de l'Atlantique aux capitales des pays de la sous région ;
- un sous équipement qualitatif et quantitatif des structures de prise en charge de la santé, tant en personnes qu'en matériel ;
- une inexpérience des autorités sanitaires et politiques nationales confrontées pour la première fois à la virulence et la contagiosité extrême de ce type de virus ;
- un contraste entre l'ancienneté en milieu forestier des programmes de PMI, sida, latrines, palu etc et le manque de confiance dans les discours biomédicaux, notamment ceux des ONG dont MSF
- une tradition d'opposition des populations forestières aux pouvoirs nationaux en place, avec un ressenti d'humiliation, de discriminations, voire d'oppressions ;
- des traditions religieuses intégristes de certaines familles les plaçant en position d'opposition systématique ou d'usage parascientifique des explications et recommandations biomédicales, attribuant le mal au non respect de leurs règles et interdits ;
- une tradition politique nationale et régionale, nationaliste, anticoloniale, panafricaniste, favorisant le doute envers les directives relevant de l'ordre mondial, les modèles négationnistes et les théories du complot international. Elle contraste avec l'affichage des panneaux des administrateurs à la préfecture de Gueckédou, de 1908 à l'indépendance, puis des trois Républiques ;
- le contraste entre les moyens mobilisés par la réponse nationale et internationale et la faiblesse des biens arrivés à destination des personnels de base "subalternes", et

des familles endeuillées ou survivantes, notamment la famille survivante des employés de l'Etat décédés d'Ebola

- des protocoles différents des différentes institutions intervenantes, rigides sans protocoles alternatifs adaptés aux spécificités et réactions locales ;
- l'insuffisance de la qualité de la prise en charge médicale des malades graves malgré une recherche permanente d'amélioration de l'hospitalité, du fait de l'absence de laboratoire, d'unité de réanimation ad hoc et de prise en charge de la douleur adaptés
- un turn over très important d'experts nationaux et internationaux en compétition entre eux et entre institutions avec rétention de données et/ou de réflexions ;
- distance sociale et culturelle, déficit de connaissance et de formation des personnels internationaux aux spécificités locales (géographiques, historiques, sociologiques, économiques, politiques, psychologique, anthropologique...), notamment les codes de communication et les représentations de la maladie
- le caractère très réactionnaire des associations de guérisseurs nationales ;
- l'instrumentation consciente et/ou inconsciente des "jeunes" ;
- l'insuffisance de la sensibilisation et responsabilisation des femmes ;
- des manipulations politiques des recours aux représentants de la société civile, pas forcément reconnus par l'opposition et souvent renforçant le pouvoir de notables oppresseurs. En d'autres termes les représentants de la société civile sont ils représentatifs des différents courants d'opinion et strates de la société ?

#### Ecoanthropologie du virus et de l'épidémie

Les enquêtes menées n'ont pas permis de remonter au delà des cas index de décembre 2013 identifiés par les épidémiologistes et de découvrir la cause non humaine de la contamination. Les analyses du génotype du virus ont montré qu'il était autochtone, plutôt qu'importé récemment d'Afrique centrale.

Ici encore, comme dans la moitié des épidémies de FHV Ebola, l'origine animale n'a pas été retrouvée. Les populations forestières sont consommatrices de viande de chasse, dont les chauve-souris. La déforestation, les déplacements de population à l'occasion des guerres civiles, l'intensité de la chasse ont réduit les quantités disponibles. Les approvisionnements se font par les chasseurs villageois, mais aussi par une commercialisation de viande de chasse en provenance du nord de la Guinée, du Fouta Djallon ou de pays limitrophes qui arrivent par camions, par exemple à Nzerekore. La stigmatisation et l'interdiction de la consommation de viande de chasse, très volontiers prodiguées par des autorités administratives et sanitaires, non forestières, musulmanes et non consommatrices, est perçue par bon nombre de forestiers comme une preuve supplémentaire des discriminations dont ils sont l'objet par les pouvoirs dominants. Afficher son gout pour la viande de brousse devient alors une revendication identitaire.

Comme pour les autres épidémies, en dehors des contaminations de malades à soignants, les transmissions sont familiales et "amicales" : les coépouses considérées comme des soeurs classificatoires, sont amenées, contrairement à d'autres sociétés où elles sont rivales, à s'occuper de l'hygiène de l'autre malade ou de sa toilette mortuaire. Les neveux ainsi que les oncles et tantes maternels, notamment les cousins à plaisanterie ont des rôles d'autorité qui peuvent être déterminants par rapport à l'observance des prescriptions sanitaires préventives.

Depuis le début du XXI<sup>ème</sup> siècle, la vulgarisation des téléphones portables (conversations orales, SMS, photos, audios, vidéos), facilite la circulation des informations, l'organisation de la réponse aux épidémies, mais aussi des rumeurs. Ils jouent des rôles déterminants dans l'entretien de la cohésion sociale, permettant par



exemple lors de funérailles, la participation d'un maximum de personnes qui sans cet outil n'auraient pu être informées à temps.

La distinction sociale d'une partie des malades (enseignants, infirmiers...) les amènent à ne pas être observants aux prescriptions et à élargir le périmètre géographique et social de leurs déplacements

### Enterrements sécurisés

Deux configurations :

Il n'y a pas de transport des familles dans le convoi funéraire du fait, des règlements des organisations internationales et ONG interdisant la présence dans les véhicules à des personnes autres que les professionnels, de la crainte d'éventuelles contaminations de ces derniers et du véhicule, même lorsqu'il s'agit d'un véhicule à plateau arrière. Assurer ce transport est à la fois un geste de solidarité humaniste élémentaire, mais aussi une mesure de protection du personnel par rapport à des réactions hostiles de la population.

Les coutumes mortuaires autochtones imposent des temps d'exposition du cadavre, pleuré, embrassé, touché par les affligés. L'enterrement ne peut avoir lieu qu'avec l'accord à défaut de la présence des autorités familiales, notamment en milieu kissi l'oncle maternel. La toilette mortuaire est la règle, suivie d'un habillage du cadavre, géré généralement par des parents proches du même sexe que le défunt.

Les Musulmans sont particulièrement attentifs à la toilette mortuaire rituelle.

Des crises avec menace contre les personnels (cf. vidéo) ont été déclenchées par les consignes hygiénistes ne permettant qu'à un nombre restreint de parents de voir le visage des défunts lors de leur mise en sac et en cercueil à la morgue de l'hôpital sécurisé. Cela se transforme rapidement en rumeurs de détournement de cadavre à des fins d'anthropophagie sorcellaire. Il faut ajouter que le témoignage des parents présents à l'hôpital peut ne pas suffire à l'arrivée au village et qu'il doit être envisagé en cas d'exigences de la population à voir le corps que le sac mortuaire, contrairement au protocole puisse être réouvert sur place.

Les lieux d'enterrement dans la région de Gueckedou sont très variables selon les familles, les villages et le statut de la personne : dans la maison même, la concession, à la périphérie du village, dans un cimetière

Des codes précis imposent l'orientation du cadavre et les cordes servant à la descente du cercueil doivent être laissées dans la tombe. Une tombe creusée ne doit pas être laissée vide durant la nuit. Comme ailleurs en Afrique on retrouve le rituel consistant à occuper la tombe vide par un objet rituel, par exemple un tronc de bananier en cas de vacance du cadavre.

Les biens préférés des défunts, essentiellement des vêtements, sont enterrés avec le cadavre.

En cas de mort survenue loin du village natal, lorsque le cadavre ne peut y être ramené, il existe un rituel de substitution basé sur l'emploi d'un fer forgé, la monnaie traditionnelle *genze*. Pour connaître la cause de la mort d'une personne, il existe une technique de divination dangereuse d'un point de vue épidémiologique permettant de "faire parler" le défunt grâce à un substitut de sa personne constitué de phanères prélevés sur le cadavre.

Représentations de la souillure, de la contamination, de la maladie et de l'épidémie

-les mauvais traitements des malades hospitalisés : ils ne reçoivent pas de médicaments et ne mangent que des boîtes de sardine et des conserves"

- l'enrichissement licite, illicite, sorcellaire des équipes de réponses à l'épidémie : par exemple rumeur de primes accordées aux personnels selon le nombre de gens dénoncés, mais aussi décédés

- " les MSF ont été envoyés pour les tuer"
- "MSF, des terroristes venus pour tuer la population",
- "le gouvernement a envoyé les Blancs pour nous tuer"
- "le centre de MSF pour achever les malades",
- "hospitalisation de gens qui n'ont pas Ebola et qui s'y contaminent,
- "personne n'a le droit de visiter les malades hospitalisés"
- " le désinfectant, le "pompage"provoque la maladie"

Paradoxe entre le manque de confiance vis-à-vis de MSF et son installation dans la région de Nzerekore depuis les années 1990

*29 mars 2014 : menaces de manifestations de protestation des jeunes*

*Prefet venu avec un guérisseur pour soigner les malades à l'hôpital*

A Méliandou : évocation d'un mauvais sort

"marteau de sorcier" provoque les saignements à Ouladen  
tirer le sang une fois mort pour vendre

- Diffusion par internet, SMS et relai dans la presse de l'existence de traitements alternatifs curatifs et préventifs à base d'oignon

- Dans le numéro du mensuel *Le Peuplen° 40*, avril 2014, quatre pages sont en rapport avec Ebola : deux sont des reprises in extenso de messages d'éducation sanitaire diffusée par les autorités sanitaires, les autres font la publicité d'un tradipraticien prétendant disposer de remèdes préventifs.

*« Et c'est pourquoi, contre Ebola, lui, son vaccin traditionnel original est déjà disponible comme une potion magique en utilisant les extraits de sa décoction, vous serez immunisé une fois pour toute contre le virus de la fièvre hémorragique qui sème la terreur aujourd'hui en endeuillant des familles, c'est-à-dire le peuple de Guinée. Avec Laye Kabako, n'hésitez pas un seul instant de le consulter. Il est la solution.*

*C'est tout à fait normal. Que le tradipraticien Laye Kabako, initiateur d'un vaccin traditionnel et original contre la fièvre hémorragique Ebola, soit subventionné par le gouvernement de mission. Vu qu'il est en train d'accomplir une mission quasiment patriotique.*

Réactions internationales :

- pusillanimité de certaines compagnies aériennes suspendant leur vol malgré les consignes OMS ;;
- fermeture proclamée de frontières terrestres internationales, contrastant avec leur porosité habituelle ;
- utilisation xénophobe du danger pour stigmatiser les émigrants clandestins voyageant par voie terrestre ou maritime, c'est-à-dire effectuant un voyage trop long pour qu'ils puissent être encore vivant à l'arrivée en Europe, en cas de contamination initiale au pays ;

.

Hôpital sécurisé

Les techniques du corps des soignants et l'ordre hygiénique mis en oeuvre dans les contacts auto et intercorporels et les lieux sécurisés, laisse à voir une grammaire rituelle. Beaucoup de temps rituels sont comparables à ceux mis en oeuvre lors de la plongée aérienne ou sous marine, notamment dans les techniques de gestion du stress, de surveillance et d'aide à l'habillage et au déshabillage et de la



décontamination avec déshabillage. Ils ont d'étranges ressemblances avec les rituels réservés aux lieux traditionnels consacrés aux initiations, aux cultes des personnes défuntes et des génies tutélaires : funda tana /lieu/sacré=interdit) en kissi. Par exemple, la sortie se fait dans les deux cas à reculons et elle est précédée d'ablutions ritualisées. Ce sont des lieux qui « contiennent » ici un virus, là des forces occultes ancestrales, notamment antisorcellaires. Seules les personnes « formées », « initiées », peuvent entrer et sortir sans dommages, pour elles mêmes et la société, sans crainte d'être contaminées et de répandre, ici le virus, là la souillure mortifère.

L'espace à haut risque virologique, un espace interdit/sacré

Sensibilisation et mobilisation sociale

J'ai été très frappé par l'usage systématique par les notables, les instruits, les "modernes" des deux genres, même dans des villages reculés de téléphones enregistreurs, objets utilitaires, mais aussi signes de distinction individuelle et/ou sociale, de frime notamment quand les batteries sont épuisées. Lors des enterrements dans les villages, ils étaient en permanence utilisés des jeunes gens et des jeunes filles : par curiosité pour photographier individuellement les exotiques que sont les étrangers non Africains, jamais cotoyés d'aussi près ; pour transmettre en pleine cérémonie l'avis d'un aîné, un oncle maternel doté de l'autorité coutumière lui permettant à distance d'interdire de procéder à la mise en terre sans avoir au préalable exhiber le cadavre devant tout le monde ; pour fournir des photos ou une vidéo, un témoignage destiné aux parents absents, y compris celles du cadavre dénudé publiquement pour prouver qu'il n'y a pas eu de mutilation, ni d'ablation d'organe ; pour exprimer la surveillance attentive, suspicieuse et souvent agressive dont sont l'objet les membres des équipes d'intervention.

Ce sont aussi des temps d'établissement de relations à plaisanterie, avec menace de faire payer le droit de photographie, ou proposition de poser en compagnie du photographe. Un même petit écran de téléphone peut être vu et entendu par un groupe de personnes considérable.

Lors des missions, la sensibilisation et la mobilisation sociale sont permanentes. Toute rencontre interpersonnelle que ce soit avec des acteurs de la réponse (hygiénistes, logisticiens, infirmiers, cliniciens, épidémiologistes, administratifs, chauffeurs, gardiens...), des individus appartenant aux populations concernées (familles des malades, corésident(e)s, commerçant(e)s, forces de l'ordre, taximans, journalistes...) est l'occasion à la fois de récolte, mais aussi de transmissions d'informations appropriées aux compétences de chacun, au contexte, aux événements en cours. Il peut s'agir de répondre des dizaines de fois dans la même journée aux mêmes questions posées par tout interlocuteur rencontré sur le virus, sa morbidité et sa transmission, les moyens de la lutte, les interdits à respecter.

Ce sont aussi des occasions de souligner le peu de place faite aux femmes, l'insuffisance de la mobilisation entreprise à leur égard, ainsi que par rapport à d'autres forces vives de la société. Ailleurs, il s'agit de promouvoir les efforts d'humanisation, de respect des spécificités locales

Lors de l'accompagnement des équipes sur le terrain, la formation est permanente, relative aux modes de circulation des véhicules, à l'organisation des places dans la cabine avec mise en avant des notables locaux, au respect des salutations coutumières, de l'expression des condoléances et de la solidarité, marquées par des dons en nombre fini, de « kolas », la noix du colatier, objet d'une culture intense dans cette région ou à défaut un substitut, des billets de banque, des gants de protection, des savons de fabrication locale, de l'eau de javel.

Viser les lycéennes, les non scolarisées urbaines et rurales, les petites commerçantes, les bonnes, les filles de bar, elles sont l'étincelle qui met le feu à la poudrière sociale, le charbon de la chaudière des "syndromes d'hystérie collective", exprimant la révolte contre l'ordre établi (y compris à propos du statut des femmes), les coercitions de l'ordre social imposé par les vieux, les traditionnels, les religieux etc... (cf les épidémies de transe de jeunes filles dans les lycées du Cameroun amenant à la destruction des bâtiments)

L'usage des ordinateurs portables seuls ou avec+ vidéoprojecteur

Pour diffuser des vidéos lors des grandes séances de mobsoc où cela est possible : *spot publicitaires, chansons en langue locale, émissions interactives* + documentaires à caractère ethnographique ;

- duplication et diffusion sur des cartes mémoires insérables dans des téléphones portables de l'essentiel des matériaux de mobsoc sensibilisation utilisés :

audio = *chansons en langue locale, émissions interactives* de la radio ou des tv, *spot publicitaires* ;

contenu des boîtes à image, courbes épidémiologiques, flyers, affiches, ..

vidéo : *spot publicitaires, chansons en langue locale, émissions interactives* + hôpital sécurisé de Gueckedou (utilisable avec ou sans le son) + autres films récents disponibles non diffusés

Les cibles privilégiées de ces cartes-mémoires seraient, évidemment des personnes déjà dotés d'un téléphone adéquat, (je n'ose proposer d'en acheter un certain nombre pour des collaborateurs locaux particulièrement efficaces). Elles doivent être formées à l'usage et au commentaire de ces matériaux. Il faut que ce soit aussi des propriétaires actifs, usagers réguliers de ces matériels, ayant mis en place déjà une logistique de recharge en électricité et une connaissance de la cartographie de la couverture téléphonique.

## Discussion

L'histoire de l'épidémie survenue en Guinée en 2013-2014, obéit au même scénario que celui des précédentes épidémies en Afrique centrale, aggravé par le non enclavement de la zone concernée.

L'épidémie débute dans une sous-préfecture reculée. La pauvreté de la population est une constante, sur un fond de sous développement économique et sanitaire. Les stigmates de l'histoire locale et nationale récente sont encore à vif, présents dans toutes les mémoires, faits de crises économiques et sécuritaires, de conflits politiques, religieux, ethniques, de violences civiles et militaires, de népotisme. Le virus surgit, tel une étincelle dans une poudrière sociale.

Les explications et les recommandations scientifiques sont refusées ou détournées, non pas seulement par des illettrés, mais par des « intellectuels » instruits. Des malades sont dissimulés, des manipulations de cadavres ont lieu sans protections, des violences verbales et physiques sont exercées sur le terrain à l'encontre des acteurs de base de la réponse à l'épidémie au contact de la population, notamment les personnels subalternes locaux, les volontaires de la Croix Rouge et les employés de MSF.

Dans près de la moitié des épidémies connues depuis 1976, l'origine animale n'est pas démontrée. Les chauve-souris sont incriminées avec des arguments solides, mais sans en apporter véritablement la preuve. Aussi les premiers messages



d'éducation sanitaire sont flous, inappropriés, stigmatisant le principe même de la consommation de viande de chasse, ajoutant des mesures hygiéniques généralistes inappropriées aux virus de FHV, telles que la désinfection de l'eau de boisson ou la destruction de cafards.

Les chaînes épidémiologiques empruntent toujours les réseaux de parenté et d'amitié. Les femmes sont particulièrement exposées, du fait de leurs activités de prise en charge de l'hygiène des malades et de contacts prolongés avec les cadavres. Les mesures élémentaires de prévention des infections ne sont pas appliquées par les personnels médicaux publics et privés, à commencer par le lavage des mains à l'eau et au savon entre deux patients. Lorsque des gants existent, ils ne sont ni changés ni lavés entre deux malades et servent plus à protéger symboliquement le soignant des miasmes de ses malades qu'à empêcher leur propagation du soignant au soigné ou de soigné en soigné. Aussi, les salles d'hospitalisation deviennent souvent un lieu d'amplification de l'épidémie, de malades à gardes malade, entre malades voisins, d'un défunt à son successeur dans le même lit non désinfecté, comme à Uige en 2007.

Les décès de personnels médicaux suscitent la panique. Les dispensaires et les hôpitaux, sous équipés en personnels qualifiés et en matériel, sont désorganisés et désertés, tant par les malades que les personnels. Paradoxalement, la mort de professionnels de santé est l'événement « pathognomonique » qui déclenche la mobilisation des autorités régionales, nationales et internationales. Les autorités locales et nationales, ne disposant ni des compétences, ni des moyens matériels adéquats, sont impuissantes à juguler le phénomène.

La réponse internationale est basée sur la mobilisation de moyens financiers et humains considérables, la mise en place d'un hôpital sécurisé, d'un laboratoire de diagnostic, comité de lutte, l'organisation efficace de la recherche à domicile des malades et de leur transport sécurisé, l'identification et le suivi des contacts, la mise en place d'obsèques sécurisées devant tenir compte des coutumes locales, la désinfection des maisons contaminées, la formation des équipes d'intervention, la mobilisation et la sensibilisation sociale de la population.

Il y a toujours dans un premier temps un déficit d'identification des relais d'opinion, négligeant les femmes et les représentants de la société civile, surtout si ils appartiennent à des minorités culturelles ou à l'opposition politique.

L'intervention internationale ne s'enclenche véritablement que lorsque le diagnostic virologique est confirmé, ce qui ne peut se faire que dans un laboratoire spécialisé, c'est-à-dire extra-national.

Cela laisse le temps au mal de « répandre la terreur », ce d'autant qu'au delà des retards à l'allumage, différents selon les institutions, les enquêtes épidémiologiques font rapidement ressortir que ce que l'on croyait un cas index au départ, n'est que le bout d'une chaîne épidémiologique pouvant remonter à plusieurs mois.

Paraphraser Jean de La Fontaine à propos de la terreur dans sa fable sur les animaux atteints de la peste a pour but de souligner que les réactions psychosociologiques des individus et des populations face à une épidémie mortelle sont constantes dans l'histoire de l'humanité. On cherche à donner du sens au mal, à établir une causalité, à identifier des boucs émissaires dont la neutralisation magique et éventuellement physique amènera l'arrêt de l'épidémie.

Les modèles explicatifs proposés par les sciences biomédicales sont immédiatement en concurrence et en contradiction avec les diagnostics des tradipraticiens consultés et avec les rumeurs mettant en cause des punitions divines, des ruptures d'interdits, les méfaits de sorciers ou de génies, une guerre virologique. Des accusations sont

portées contre des personnes précises, des membres de la famille ou de la belle famille, des voisins, des populations différentes sur le plan ethnique, religieux, sociologique, des dirigeants politiques. Les acteurs de la réponse à l'épidémie sont accusés de ne chercher qu'à s'enrichir et éventuellement d'avoir disséminé intentionnellement le virus pour parvenir à leurs fins. L'hôpital sécurisé est considéré comme un mouroir où les malades ne reçoivent ni soins, ni aliments appropriés, voire sont contaminés et tués intentionnellement afin de leur prendre du sang ou des organes à des fins de trafics biomédicaux ou mystiques. Ces accusations suscitent le doute vis-à-vis des manipulations sécurisées des malades et des morts. A chaque fois l'étude des ethnomédecines locales a montré la prédominance des modèles de causalité locaux du malheur : ceux-ci mettent en cause non pas seulement la virulence du virus et les comportements humains, mais les actions maléfiques d'individus humains et non humains. Le modèle virologique n'est alors qu'un modèle explicatif parmi d'autres, laissant le champ ouvert à tout usage social, économique et politique du malheur.

L'approche anthropologique lors des précédentes épidémies a confirmé que l'urgence et la gravité d'une épidémie ne doivent pas empêcher d'être à l'écoute des populations et de penser à tous les temps la prise en considération des codes, usages, savoirs, savoir-faire et croyances autochtones.

Depuis les années 2003, des efforts considérables ont été réalisés afin d'humaniser les réponses et d'anticiper les réactions hostiles des populations, de s'adapter aux spécificités locales : attention à la prise en compte des rituels funéraires autochtones, amélioration de l'hospitalité de l'hôpital sécurisé, de la mobilisation des acteurs de la société civile, de la formation des personnels et de la sensibilisation.

Des progrès considérables restent encore à réaliser en terme de capacité d'écoute et d'adaptation aux spécificités du terrain, d'harmonisation des protocoles des différentes instances intervenantes. Le recrutement de psychologues est utile. Mais la pertinence de la pourvoyance psychologique s'épuise rapidement lorsqu'elle ne corrige pas des erreurs de communication, des dysfonctionnements liés à des protocoles institutionnels rigides et inadaptés, des ethnocentrismes, des déficiences de traduction culturelle : elle débouche alors sur des malentendus, des quiproquos, des conflits ethnocentriques. Pour être efficace, elle doit s'appuyer sur de bonnes connaissances des coutumes locales, des croyances, de l'organisation familiale, de la vie quotidienne jusque dans ses aspects les plus triviaux (le traitement des déchets corporels). Si le psychologue ou le socio-anthropologue est national, le problème de la distance linguistique, culturelle et sociale n'est pas forcément résolu s'il est issu de cultures religieuse, ethnique ou sociologique éloignées de celles de ses interlocuteurs.

En sciences humaines, comme dans les autres corps de métiers, ici, gardiens, chauffeurs, enquêteurs, médiateurs, mobilisateurs et sensibilisateurs, logisticiens, hygiénistes, infirmiers, médecins, infirmières, épidémiologistes, biologistes, administrateurs..., tout est affaire de capacités d'auto-analyse, d'analyse critique, d'usage de regards décalés et multidisciplinaires, de remise en question de ses propres certitudes. Les qualités humaines individuelles d'empathie sont déterminantes.

L'épuisement physique et psychologique des membres subalternes des équipes de réponse du fait de l'hostilité de la population et de la faiblesse, voire de l'absence de compensations matérielles et financières élémentaires est aussi une constante. Ceci, combiné aux distances considérables à parcourir pour suivre les contacts et découvrir les malades cachés, aboutit à des relâchements de la surveillance.



Le renouvellement incessant d'experts nationaux et internationaux, avec son cortège de conflits de compétences et d'ego, de critiques non constructives, déstabilise les relations de confiance établies par leurs prédécesseurs avec les cadres et les personnels subalternes permanents de la réponse à l'épidémie, mais aussi avec la population.

Il faut aussi avoir toujours à l'esprit les risques de stigmatisation des malades survivants et de leurs familles, ainsi que, postérieurement à l'épidémie, celle des membres subalternes des équipes d'intervention qui peuvent être ainsi forcés de déménager. La stratégie de communication qui consiste à exhiber les témoignages de malades guéris, "déchargés" de l'hôpital sécurisé est à double tranchant, dangereuse à court ou moyen terme pour les intéressés. Des accusations de survie liée à leur propre sorcellerie, à minima d'enrichissement non partagé avec la famille seront formulées à leur encontre (Brunnquell, Epelboin, Formenty 2007).

L'importance des moyens humains, matériels et financiers déclarés dans la presse internet et à la radio contraste avec le ressenti de la faiblesse des moyens réellement parvenus à l'autre bout de la chaîne aux personnels de base et aux rescapés les plus pauvres. Généralement les parents de professionnels médico-sociaux décédés dans l'exercice de leurs fonctions sont dans la misère, sans pension, ni dédommagement conséquent.

Les tentations de récupération politique l'aide internationale sont fortes tant pour le pouvoir en place que les opposants, sans compter celles de détournements d'argent ou de captations de véhicules par des notables pour leur institution, parfois pour leur usage personnel.

Les déficits de la mobilisation sociale ont toujours pour traits communs, le manque de moyens, le retard au démarrage, la diffusion de messages compliqués, voire brouillés, une mauvaise identification des groupes cibles ou des difficultés pour les atteindre, des conflits de compétence entre corps de métiers et/ou institutions, des volontés politiques de contrôler les données statistiques. Des erreurs de communication sont commises quant à l'absence de traitements et de vaccins spécifiques, alors que les malades hospitalisés reçoivent des traitements appropriés qui améliorent leur pronostic. Des progrès restent à réaliser, en termes de médecine de réanimation, de prise en charge de la douleur et de l'angoisse, d'accompagnement de la clinique par des diagnostics biologiques courants.

Une amélioration du confort des tenues de protection individuelles (cf recommandations OMS) est indispensable afin de permettre un allongement des temps de séjour des personnels dans les unités à haut risque, permettant un meilleur accompagnement des malades.

Il faut aussi veiller à ne pas laisser un pseudo-culturalisme masquer les réalités économiques et politiques, les "dysfonctionnements" de personnes et d'institutions, licites, illicites et éventuellement criminels.

Il faut réfléchir à la notion de « jeune » et les phénomènes sociaux qu'ils recèlent, à la place dévolue aux "jeunes" et à leurs associations dans l'histoire guinéenne : des révoltés spontanés et/ou manipulés exprimant à la fois des non dits, leur propre révolte et celle de la population, sans compter l'expression de l'inconscient collectif ; autrefois(?) des guerriers désireux de faire leurs preuves ; en RDC à Luebo, des révoltés contre un ordre social gérontocratique contraignant et/ou dictatorial ; le bras armé "occulte" de pouvoirs politiques, économiques, religieux...

Les jeunes ont un genre qui n'est pas seulement masculin. La sensibilisation, les honneurs, la communication, les compensations, doivent s'adresser aux femmes et tout particulièrement aux jeunes filles, à leurs leadeuses d'opinion. Dans toutes les

sociétés, et tout particulièrement dans celles concernées ici par l'épidémie, les jeunes filles sont l'objet de discriminations de dominations masculines, que ce soit par les travaux domestiques et agraires, l'excision, l'accès médiocre aux études, la soumission à l'autorité paternelle, les difficultés d'accès aux responsabilités... Il leur faut donc des lieux où puissent s'exprimer des frustrations, des révoltes, des revendications conscientes et inconscientes, dites et non dites. Ebola survient toujours dans des poudrières sociales, il semble que c'est aux jeunes gens, dont les jeunes filles, qu'il revient d'allumer la mèche.

-

## Recommandations

- éviter la rétention d'informations entre personnes et institutions (cartes, données épidémiologiques)
  - augmenter, mobiliser les stocks, stimuler la production et la diffusion de savons artisanaux "blancs" et "noirs" ;
  - vulgariser l'usage pluriquotidien de savonnage des mains, notamment lors de contacts avec des fluides corporels d'autrui (humains et animaux) ou des polluants, plutôt que l'eau de Javel, irrégulièrement disponible et de manipulation délicate ;
  - convaincre les autorités religieuses de l'intérêt de l'usage pluriquotidien de savon à articuler avec les ablutions rituelles ;
  - favoriser les dons et aumônes de savon ;
  - former activement les personnels médico-sociaux-sanitaires publics et privés à l'usage de protections appropriées en fonction des circonstances, à commencer par les gants et le lavage des mains, la gestion des auto-attouchements ;
  - multiplier les dotations de gants et de désinfectants dans les structures d'accueil et de gestion de malades ;
  - veiller aux approvisionnements en eau de ces structures, à la gestion des déchets à risque sanitaire
  - identifier les voies de trafics internationaux de marchandises et de personnes, licites (kola par ex) et illicites (or, drogues, armes...) reliant les régions où l'épidémie sévit et les capitales des pays voisins
  - identifier les structures sanitaires exposées en première ligne sur ces trajets, assurer la formation des personnels et l'équipement des structures
- En ce qui concerne la chasse, généralement interdite aux Sénégalais dans les contrées giboyeuses, autorisés aux "riches" chasseurs expatriés, les consignes interdisant le contact avec un animal malade et/ou mort suffisent. Il faut éviter le repli

identitaire des peuples consommateurs de gibier, stigmatisés par le chœur réprobateur et prosélyte des protecteurs des animaux et de certaines autorités islamiques ou chrétiennes.

#### **Mobilisation, communication, sensibilisation**

- circuler quand et là où c'est possible à pied, en veillant à saluer toute personne rencontrée dans les trajets quotidiens et d'un jour à l'autre être capable de la reconnaître ;
- circulation lente des véhicules à imposer aux chauffeurs avec fenêtres ouvertes pour être vu et ne pas être accusé de se dissimuler : saluer et sourire ;
- introduire dans les salutations formelles les dons de "cola" remplacés par des dons de savon en nombre fini 7, 10 : préférer les distributions de savon à celles d'eau de Javel ;
- mobiliser les femmes et les jeunes filles ;
- identifier les hiérarchies familiales en distinguant les lignées maternelles et paternelles, ainsi que celles de la belle famille ;
- sensibiliser les responsables « traditionnels », coutumiers des deux sexes (chefs de culte, matrones, phytothérapeutes, tradipraticiens ;
- tenir compte de l'importance du neveu maternel ;
- projections de vidéos lors des séances de sensibilisation ;
- diffuser les matériaux didactiques (audio, photos, vidéos) sur cartes mémoires distribuées aux agents de terrain et aux leaders d'opinion ;
- même dans des lieux sans réseau, les impliqués et responsabilisés dans la lutte doivent pouvoir être joints et joindre le n° d'alerte, mais aussi un interlocuteur privilégié du comité. Il s'agit :
  - des malades hospitalisés et de leurs parents garde-malade ;
  - des agents de santé, les agents communautaires, les acteurs locaux de la réponse chargés de la surveillance et de la recherche des récalcitrants ;
  - des "interlocuteurs privilégiés", certain(e)s vieux/vieilles personnes respecté(e)s pour leurs qualités propres d'empathie et leur influence, des leaders d'opinion collaborateurs, en particulier les "jeunes" agitateurs (trices) d'opinion "retourné(e)s" ;
  - des parents de récalcitrants désireux de collaborer ;
  - certains chefs de quartiers et chefs de villages, crieurs villageois
  - des "traditionnels" (les exciseuses, les chefs des forêts sacrées, les chasseurs, les accoucheuses villageoises, tradipraticiens,...)
  - des religieux
- remettre des gants aux contradicteurs, aux négationnistes rencontrés, amenés à manipuler de nombreuses personnes (pasteurs, tradipraticiens
- refuser autant que possible des interventions des forces de police ou de gendarmerie ou militaire
- n'utiliser que des ressortissants locaux, parlant les langues locales pour suivre les contacts et poursuivre les récalcitrants ;
- utilise-t-on les multiples possibilités qu'offrent les téléphones à carte mémoire amovible pour la surveillance, la communication, la sensibilisation, la mobilisation sociale...



### Rituels funéraires sécurisés

- proscrire le brulage des effets du mort, notamment mousse matelas
- demander à la famille les objets à disposer dans le sac mortuaire, le cercueil, la tombe
- assurer le transport des parents lors du convoi funéraire
- mise en place d'une morgue où le cadavre puisse être vu, non pas par une seule personne de la famille, mais autant qu'ils le souhaitent ;
- proposer aux intéressés de faire des photos et vidéos du cadavre
- utiliser éventuellement les substituts de cadavre en cas d'absence du cadavre (tronc de bananier dans une tombe vide, fer forgé, unité de monnaie traditionnelle chez les forestiers en cas d'impossibilité à transporter le cadavre au village originel - genze monnaie traditionnelle substitut de cadavre)

### Surveillance des contacts

- optimiser l'usage des téléphones modernes à carte : distribuer des cartes mémoires et des recharges aux personnels mobilisés sur le terrain et aux familles des malades et malades eux-même ;
- stimuler l'efficacité des travailleurs de base en vérifiant que leurs salaires et indemnités sont bien versés ;
- mise en place de « primes de savon » en nature aux personnels en contact avec les malades ou des cas suspects ;
- promouvoir la disponibilité permanente de savon de la maison au lieu de travail, notamment après contact physique avec une personne fébrile,
- lors des dons et distributions de biens, savoir utiliser la plus value mystique et religieuse des chiffres pour valoriser des chiffres connotés de valeurs positives fortes empruntés aux dons traditionnels de colas, aux aumônes islamiques et chrétiennes, 7 par exemple et ses multiples 77, 777, 10 en milieu forestier. Lorsque les dignitaires religieux appellent à multiplier les prières et les aumônes pour que l'épidémie cesse, les dons de savon sont à conseiller combinant hygiène biomédicale préventive et prescription religieuse.

### Hôpital sécurisé

- solliciter les différentes religions (Islam, christianisme, cultes traditionnels) afin qu'elles consacrent/purifient le pourtour de la zone à risque de l'hôpital sécurisé par des prières, bénédictions, aspersions d'eau lustrale, suspensions d'objets ;
- ériger le drapeau national à l'entrée de l'hôpital sécurisé afin de bien montrer qu'il est sous la protection des autorités nationales
- veiller à la préservation des amulettes portées par les patients, voire à solliciter les parents afin de les compléter ;
- problème du turn over très important des personnels et de la coordination entre les différents corps de métiers : administratifs, logisticiens, hygiénistes, infirmiers, médecins ;
- gestion des responsabilités différentes des femmes dans les hiérarchies expatriées et autochtones ;
- prises électriques disponibles pour téléphones portables
- améliorer la mise à disposition des malades de téléphones et de radios qui après usage par une personne contaminée doivent pouvoir être désinfectés et non pas

détruits, réutilisés pour de nouveaux patients ;

- autoriser la sortie d'objets personnels des malades (matériels électriques, téléphones, radio, livres..) de la zone à haut risque après désinfection ad hoc (hydrogel + vent + soleil)
- mettre en place de véritables soins intensifs avec disponibilité de données biologiques :
- améliorer la prise en charge de la douleur, à la fois par la disponibilité d'un arsenal thérapeutique diversifié oral et injectable et par des temps de présence adéquats des personnels grâce à l'allègement de la pénibilité des tenues de PPI
- limiter les prises de risque d'accident du travail des personnels : pédiluves étroits, marche d'escaliers hautes pour personnes de petite taille ou fatiguées, éclairage nocturne insuffisant des espaces extérieurs des zones à haut risque parcourus par les personnels ;
- veiller très strictement à la séparation des sexes dans les salles d'hospitalisation ;
- au fur et à mesure de l'installation de nouvelles structures d'hospitalisation, prévoir de multiplier les espaces de communication avec la famille.
- faciliter la rentrée en tenue de PPI allégée des membres de la famille de malades qui le souhaitent ;
- l'accès à l'eau potable si possible réfrigérée, des personnels et des familles doit être organisée autrement qu'avec des pochons plastiques ou bouteilles achetées dans le commerce ;
- alléger la pénibilité des tenues de PPI ( notamment les masques respiratoires et faciaux)
- promouvoir pour les toilettes des personnes dépendantes, notamment les enfants, les techniques du corps culturelles et/ou religieuses sécurisées des intéressés : lavage, savonnage, rinçage, application d'onguents gras et parfumés, massages. Dans ce domaine de soins infirmiers thérapeutiques, il convient de s'appuyer sur les savoir faire des personnels féminins locaux, le modèle de protocole étant celui appliqué sur le corps des nourrissons avec association de toilette et de massage avec onguent gras.
- en cas d'hospitalisation d'enfant infecté avec une garde malade non infectée, veiller à une mobilisation psychosociale et éducative spécifique autours de la garde malade, depuis les gardiens locaux jusqu'aux personnels expatriés;
- mieux mobiliser les capacités d'analyse critique et de conseil des personnels subalternes, notamment locaux ;
- améliorer la séparation et l'évitement de contacts entre suspects en bonne santé et malades, entre malades et agonisants pour les PCR + ;
- éviter les temps morts des personnes habillées en PPI : attente des boissons et vêtements demandés par les malades en boissons ; transmissions de données.
- assurer des gardes de nuit avec présence physique de médecins et d'expatriés à l'hôpital ;
- envisager des systèmes de télésurveillance de façon à réduire les délais entre alerte et rentrée de personnels en PPI dans la structure à haut risque.

#### Anticiper, gérer les crises

- identifier les rumeurs, les analyser, rechercher les conflits sous-jacents. Quels intérêts économiques, politiques, religieux, ethniques, licites, illicites servent-elles ? Quelles personnes, groupes sociaux, pouvoirs ...
- en cas de violences verbales et physiques envers les équipes de réponse à l'épidémie, au delà de l'identification de l'estimation du degré de gravité de

l'évènement, de la prise en compte de revendications légitimes, du «retournement de leaders d'opinion agitateurs », il faut aussi rechercher les intérêts licites et illicites déservis.

- anticiper les crises que la mort à l'hôpital de femme enceinte ou d'enfant ne manque pas de produire, allant de l'émotion médiatique à l'attaque des équipes d'intervention de premières lignes de la réponse internationale, à commencer par les MSF ;

- anticiper des situations de crise, faire des exercices de simulation de crise :  
vol d'objets susceptibles d'être contaminés à domicile ou dans un espace sécurisé ; -  
fuite de malades de l'hôpital, à pied, en deux roues, en véhicule, en avion  
refus de suivi des contacts ;  
contamination et mort de personnels nationaux et internationaux des équipes de réponse ;  
mieux analyser et réagir aux agressions verbales et physiques des personnels  
anticipation des stigmatisations des malades et des familles survivants  
anticipation des stigmatisation des personnels, notamment les locaux  
- préparer des protocoles alternatifs en cas d'inadaptation du protocole de base

## Bibliographie

### Ecrits anthropologiques relatifs aux populations forestières

- 2002 Bidou J. E. et Gbéré Toure J., « La population de la Guinée – dynamiques spatiales », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, 217 | 2002, 9-30.
- 1956 Portères R. Un riz précoce estimé en petite culture dans l'Ouest-africain, le Toulou-oule ou Konko (0. sativa L.) *JATBA* Vol. 3, N°1-2, Janvier-février 1956. pp. 50-59.
- 1960 Paulme D. La société kissi: son organisation politique. *Cahiers d'études africaines*. Vol. 1 N°1. 1960. pp. 73-85.

### Ecrits FHV

- 2012 Epelboin A., Odugleh-Kolev A., Formenty P., "Annexe 13. Contribution de l'anthropologie médicale à la lutte contre les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg" pp 87-93, in *Epidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, lutte et évaluation*, WHO/HSE/GAR/BDP 120p.
- 2012 Epelboin A., Bahuchet S. & Durand J. L. 2012. « Le bon goût de la viande de primate : des interdits des Pygmées aka aux injonctions écologiques », in Michèle Cros, Julien Bondaz et Maxime Michaud (dir.), *L'animal cannibalisé. Festins d'Afrique*, Paris, Editions des archives contemporaines, pp 45-69.
- 2011 Epelboin A. & Formenty P. Anthropologie sociale et culturelle et lutte contre les épidémies de fièvre Ebola et Marburg pp 111-113 in Leport Catherine et Guégan Jean-François (sous la direction de) *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*. Haut Conseil de la santé publique La Documentation française, Collection Avis et rapports, 207 p.
- 2010 Epelboin A. Suspicion de fièvre hémorragique virale chez des chasseurs pygmées de la région de Ouessou Congo 29 juin/7 juillet 2010 : rapport de mission OMS, 24 p.
- 2009 Eric M. Leroy, Alain Epelboin, Vital Mondonge, Xavier Pourrut, Jean-Paul Gonzalez, Jean-Jacques Muyembe-Tamfum, Pierre Formenty. Human Ebola Outbreak Resulting from Direct Exposure to Fruit Bats in Luebo, Democratic Republic of Congo, 2007 *Vector-Borne and Zoonotic Diseases* doi:10.1089/vbz.2008.0167.
- 2009 Alain Epelboin, « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 78 | 2009, mis en ligne le 01 septembre 2010, Consulté le 09 septembre 2009. <http://amades.revues.org/index1060.html>
- 2008 Epelboin A, Formenty P, Anoko J et Allarangar Y. Humanisations et consentements éclairés des personnes et des populations lors des réponses aux épidémies de FHV en Afrique centrale (2003-2008) /Humanisation and informed consent for people and populations during responses to VHF in central Africa (2003-2008) in *INFECTION CONTROL MEASURES AND INDIVIDUAL RIGHTS: AN ETHICAL DILEMMA*



FOR MEDICAL STAFF] *In Humanitarian Stakes* N°1. September 2008, conférence video 17mn 25 & pp 25-37 [28-40].

[http://www.msf.ch/fileadmin/user\\_upload/uploads/ureph/2008\\_09\\_19\\_humanitarian\\_stakes\\_n1/dvd/question\\_1\\_fr.html](http://www.msf.ch/fileadmin/user_upload/uploads/ureph/2008_09_19_humanitarian_stakes_n1/dvd/question_1_fr.html)

- 2006 Pierre Formenty , Eric Maurice Leroy , Alain Epelboin , François Libama , Marco Lenzi , Hinrich Sudeck , Philippe Yaba , Yokouide Allaranger , Paul Boumandouki , Virginot Blad Nkounkou , Christian Drosten , Allen Grolla , Heinz Feldmann , Cathy Roth Detection of Ebola Virus in Oral Fluid Specimens during Outbreaks of Ebola Virus Hemorrhagic Fever in the Republic of Congo. *Clin Infect Dis.* 2006 Jun 1;42:1521-1526 16652308  
<http://lib.bioinfo.pl/pmid:16652308>
- 2005 Hewlett BS, Epelboin A, Hewlett BL & Formenty P - Medical anthropology and Ebola in Congo: cultural models and humanistic care. *Bull Soc Pathol Exot*, 2005, 98, 237-244.  
<http://64.233.183.104/search?q=cache:d0UEbGPK5DMJ:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-2761-2-7p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=38&gl=fr>
- 2005 Boumandouki P, Formenty P, Epelboin A, Campbell P, Allaranger Y, et al. - Prise en charge des malades et des défunts lors de l'épidémie de fièvre hémorragique due au virus Ebola d'octobre à décembre 2003 *Bull Soc Pathol Exot*, 2005, 98, 218-223.  
<http://64.233.183.104/search?q=cache:lrMnNK1-xJ4J:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-2770-6p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=13&gl=fr>
- 2005 Formenty P, Epelboin A, Allaranger Y, Libama F, Boumandouki P, et al. - Séminaire de formation des formateurs et d'analyse des épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola en Afrique centrale de 2001 à 2003. (Brazzaville, République du Congo, 6-8 avril 2004). *Bull Soc Pathol Exot*, 2005, 98, 244-254.  
<http://64.233.183.104/search?q=cache:qR9On7xX7icJ:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-seminaire-11p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=22&gl=fr>
- 2003 Formenty P., Libama F., Epelboin A, Allaranger Y., Leroy E., Moudzeo H., Tarangonia P., Molamou A., Lenzi M., Ait-Ikhlef, Hewlett B., Roth C., Grein T., L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003 : une nouvelle stratégie. *Méd. trop.* 2003 – 63-3 pp 291-295
- 2003 Epelboin A, Formenty P, Bahuchet S., Du virus au sorcier : approche anthropologique de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola sévissant dans le district de Kellé (Congo) *Canopée* n°24 Juillet 2003 pp 5-6  
<http://www.ecofac.org/Canopee/N24/Sommaire.htm>  
[http://www.open-earth.org/document/readNature\\_main.php?natureId=228](http://www.open-earth.org/document/readNature_main.php?natureId=228)
- 2002 Epelboin A. La médecine traditionnelle dans les politiques de santé et de coopération avec les pays en développement, Haut Conseil de la coopération internationale  
<http://www.hcci.gouv.fr/travail/audition/epelboin-medecine-traditionnelle-ped.html>  
<http://www.amades.net/recherches/debats/debat1A.htm>

## Vidéo FHV

- 2012 Epelboin A., Ebola en 2012, République démocratique du Congo, Province orientale, Haut Uélé, Production CNRS-MNHN Paris et OMS  
- visite de l'hôpital sécurisé d'Isiro, 24 mn 30  
[http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012\\_RDC\\_Ebola\\_Isiro\\_visite\\_hop\\_OMS\\_hopital\\_MSF.mp4](http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_visite_hop_OMS_hopital_MSF.mp4)  
- funérailles sécurisées à Bédé d'une accouchée décédée à l'hôpital sécurisé d'Isiro, 11 mn 46  
[http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012\\_RDC\\_Ebola\\_Isiro\\_Bede\\_enterrement\\_mort.mp4](http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_Bede_enterrement_mort.mp4)  
- entre compréhensif et coercitif, réponse à des menaces contre les équipes, 9 mn 14  
[http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012\\_RDC\\_Ebola\\_Isiro\\_Bede\\_menace\\_crise.mp4](http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2012_RDC_Ebola_Isiro_Bede_menace_crise.mp4)
- 2010 Epelboin A. « Médecins, anthropologues, des approches complémentaires » (entretien et extraits de films Ebola 14 mn 25) in « Propositions d'alliance » Dalnoki R., Mustelier P. & Philibert C., *Guérisons, une approche anthropologique*, DVD multimédia 180 mn, CNRS Images
- 2010 Epelboin A., Pessoa-Silva Carmen & Ebenga Norbert *Ebola au Congo 2010 : atelier de prévention des infections et de contrôle de l'hygiène hospitalière, Hôpital de base de Ouesso (HBO), Congo, 5 juillet 2010*, 1 h 32 Prod SMM CNRS-MNHN Paris & OMS  
<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2010CongoEbolaTraining.mp4>
- 2010 A. Epelboin, R. Price, A. Marx & P. Formenty DVD interactif Ebola au Congo 2003, 2007, Marburg en Angola 2005, films didactiques OMS, corpus thématique, 6 films = 3 h 04 mn = /35 + 30 + 40/ + /35 + 24 + 20/ mn = 104 scènes, Prod. SMM CNRS-MNHN, OMS Genève (maquette bêta)
- 2007 B. Kandolo, J. F. Lubuela, F. Tshioko Kweteminga & Alain Epelboin, *Ebola en République démocratique du Congo 2007 : un laboratoire de diagnostic rapide à Mweka*, 15 mn, Coprod. Radio Télévision Mweka, OMS, CNRS-MNHN & Comité territorial de la Croix-Rouge  
<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/RDC2007EbolaMwekalabo.rm>
- 2007 F. Brunnquell, A. Epelboin & P. Formenty *Ebola, c'est pas une maladie pour rire / Ebola : no laughing mater*, (Congo), 51 mn 28, Prod. CAPA  
[http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2007\\_Congo\\_pourebolarire\\_engl.mp4](http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2007_Congo_pourebolarire_engl.mp4)  
[http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2007\\_Congo\\_pourebolarire.mp4](http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/2007_Congo_pourebolarire.mp4)

- 2005 A. Epelboin, J. N. Anoko, P. Formenty, Annie Marx, D. Lestage, *Marburg en Angola 2005* Production, SMM/CNRS/MNHN & OMS
- *O trio contra Marburg* 18 mn  
[http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/new\\_Trio\\_Marburg\\_00.rm](http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/new_Trio_Marburg_00.rm)
  - *Mise en bière d'un bébé* 25 mn  
[http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/Miseenbiere\\_00.rm](http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/Miseenbiere_00.rm)
  - *Funérailles de crise, le tailleur et les siens* 37 mn  
[http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/Le\\_Tailleur\\_et\\_les\\_siens\\_00.rm](http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/Le_Tailleur_et_les_siens_00.rm)
- 2004 A. Epelboin, A. Marx, J. L. Durand, *Ebola au Congo 2003* Production, SMM/CNRS/MNHN & OMS
- *Virus, sorciers & politique février 2003*, Kéllé, 35 mn,  
[http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/20040211\\_00\\_ebola\\_au\\_congo\\_fevrier\\_2003.rm](http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/20040211_00_ebola_au_congo_fevrier_2003.rm)
  - *Virus paroles et vidéo, juin 2003*, Kéllé, Mbomo, 30 mn  
[http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/20040614\\_00\\_ebola\\_au\\_congo\\_juin\\_2003.rm](http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/20040614_00_ebola_au_congo_juin_2003.rm)
  - *Virus, braconnier et fétiche, déc 2003*, Mbomo, 40 mn  
[http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/20040617\\_00\\_ebola\\_au\\_congo\\_decembre\\_2003.rm](http://video.rap.prn.fr/video/mnhn/smm/20040617_00_ebola_au_congo_decembre_2003.rm)

# Annexes

---

## TERMS OF REFERENCE MEDICAL ANTHROPOLOGY EBOLA OUTBREAKRESPONSE

On 21 March 2014, The Ministry of Health (MoH) of Guinea has notified WHO of a rapidly evolving outbreak of Ebola hemorrhagic fever in forested areas south eastern Guinea.

In past Ebola outbreaks, the mobilization and coordination of international technical and operational support, including the deployment of field laboratory support and experts has been critical to rapidly bring EHF outbreaks under control. At our request, WHO has launched an international response, with the support of the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN), and partners, to assist the Ministry of Health in the control of the outbreak.

In collaboration with the Ministry of Health, under the supervision of the WHO Country Office and the WHO team leader of the outbreak response team, the medical anthropologist will conduct the following activities:

- Join a medical intervention team and assist in efforts to control the outbreak.
- Carry out investigation that will help better understand local cultural attitudes to Ebola.

Identify beliefs and practices that may amplify or help control the outbreak,

- Identify and incorporate local beliefs and practices into patient care and response efforts.
- Contribute to conducting ecological studies in relation to primary cases, if possible, to identify the natural source of Ebola virus
- Investigate social and anthropological issues that would support better understanding of outbreaks of Ebola
- Investigate cultural and social norms within the communities that will contribute to developing better rapport and trust with the community
- Support the Ministry of Health in documenting the anthropological aspects of the Ebola outbreak.

Under the supervision of the WHO Country Representative, and technical direction of the Guinea MoH, the technical experts will work as part of the WHO coordinated integrated laboratory response.